

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNEE 1940

THESE

N°

528

POUR

LE DOCTORAT EN MEDECINE

(DIPLOME D'ETAT)

par

Paulette ISRAEL, née MARX

Née le 20 Mars 1913, à Paris.

**Enquête sur
les Pneumothorax thérapeutiques
indiqués et non indiqués**

Président : M. LAUBRY, Professeur.

PARIS
IMPRIMERIE FOULON
29, Rue Deparcieux, 29
1940

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNEE 1940

THESE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MEDECINE

(DIPLOME D'ETAT)

par

Paulette ISRAEL, née MARX

Née le 20 Mars 1913, à Paris.

**Enquête sur
les Pneumothorax thérapeutiques
indiqués et non réalisés**

Président : M. LAUBRY, Professeur.

PARIS
IMPRIMERIE FOULON
29, Rue Deparcieux, 29
1940



LE DOYEN... . BAUDOUIN

I. — PROFESSEURS

Anatomie	ROUVIERE.
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	POLONOVSKI
Bactériologie	Robert DEBRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	PASTEUR-VALLERY- RADOT.
Pathologie chirurgicale	MONDOR.
Anatomie pathologique	LEROUX.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	AUBERTIN.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LEVY-VALENSI.
Pathologie expérimentale et comparée	Henri BENARD.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	CHIRAY.
Clinique médicale	ABRAMI.
	FIESSINGER.
	LOEPER.
	RATHERY.
	LEREBOULLET.
	NOBECOURT.
Hygiène et clinique de la première enfance	LAIGNEL-LAVASTINE.
Clinique des maladies des enfants	GOUGEROT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	GUILLAIN.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	LEMIERRE.
Clinique des maladies du système nerveux	CUNEO.
Clinique des maladies infectieuses	GOSSET.
Clinique chirurgicale	GREGOIRE.
	LENORMANT.
	VELTER.
Clinique ophtalmologique	CHEVASSU.
Clinique urologique	COUVELAIRE.
Clinique d'accouchements	JEANNIN.
	LEVY-SOLAL.
	MOCQUOT.
Clinique gynécologique	OMBREDANNE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	HARVIER.
Clinique thérapeutique médicale	LEMAITRE.
Clinique oto-rhino-laryngologique	Pierre Duval.
Clinique thérapeutique chirurgicale	M. VILLARET.
Clinique propédeutique	TROISIER.
Clinique de la Tuberculose	MATHIEU.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	LAUBRY.
Clinique de cardiologie	Clovis VINCENT.
Clinique de neuro-chirurgie	N...
Assistance Médico-sociale	HAZARD.
	MULON.
Professeurs sans chaire	OLIVIER.
	SANNIE.
	VERNE.

II. — AGREGES EN EXERCICE

MM.		MM.	
AMELINE	Pathologie chirurgicale.	GIROUD	Histologie.
BARIETY	Pathologie médicale.	HALPHEN	Pathologie médicale.
BERNARD (Etienne).	Pathologie médicale.	HAGUENAU	Oto - rhino - laryngologie.
BESANÇON (Justin).	Hydrologie.	JOANNON	Hygiène.
BONNET	Bactériologie.	LACOMME	Obstétrique.
BOULANGER	Chimie.	LANTUEJOUL ..	Obstétrique.
BOULIN	Pathologie médicale.	LAVIER	Parasitologie.
BROUET	Pathologie médicale.	LELONG	Pathologie médicale.
BULLIARD	Histologie.	LENEGRE	Pathologie expérimentale.
CACHERA	Pathologie médicale.	LEMAIRE	Pathologie médicale.
CORDIER	Anatomie.	Mlle J. LEVY	Pharmacologie.
COSTE	Pathologie médicale.	MARCHAL	Pathologie médicale.
COUVELAIRE (Roger).	Urologie.	MENEGAUX	Pathologie chirurgicale.
DELARUE	Anatomie pathologique.	MOLLARET	Pathologie médicale.
DELAY	Pathologie médicale.	MOUQUIN	Pathologie médicale.
DEGREZ (H.)	Physique.	PATEL	Pathologie chirurgicale.
DESOILLE	Médecine légale.	PETIT - DUTAILLIS.	Pathologie chirurgicale.
DIGONNET	Obstétrique.	RENARD	Ophthalmologie.
DOGNON	Physique.	RICHET	Physiologie.
FEVRE	Pathologie chirurgicale.	SENEQUE	Pathologie chirurgicale.
FUNCK - BRENTANO.	Pathologie chirurgicale.	SICARD	Pathologie chirurgicale.
GALLIARD	Parasitologie.	SOULIE	Pathologie médicale.
GARCIN	Pathologie médicale.	SUREAU	Obstétrique.
Mlle GAUTHIER-VILLARS.	Anatomie pathologique.	TURPIN	Pathologie médicale.
DE GENNES	Pathologie médicale.	WILMOTH	Pathologie chirurgicale.

III. — AGREGES RAPPELES A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.		MM.	
ALGLAVE	Pathologie chirurgicale.	LARDENNOIS ..	Pathologie chirurgicale.
BUSQUET	Obstétrique.	LE LORIER	Obstétrique.
CHAILLEY-BERT.	Physiologie.	NEVEU-LEMAIRE.	Parasitologie.
GUENIOT	Pharmacologie.	VAUDESCAL	Obstétrique.
HEITZ-BOYER ..	Pathologie chirurgicale.	HUGUENIN	Anatomie pathologique.
PIEDELIEVRE ..	Médecine légale.		

IV. — AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

A TITRE PERMANENT

MM.		MM.	
ALAJOUANINE ..		BASSET	
BRULE		BROCQ	
CATHALA		CADENAT	
CHABROL		FEY	
CHEVALLIER ...		GATELLIER	
DONZELOT		de GAUDART	
DUVOIR	Clinique	d'ALLAINES ..	Clinique
GASTINEL	médicale.	LEVEUF	chirurgicale.
LAROCHE (G.) ..		MOULONGUET ..	
LIAN		MOURE	
MOREAU		QUENU	
SEZARY			

MM.	
EGALLE	
METZGER	
PORTES	Clinique
VIGNES	obstétricale.

V. — CHARGES DE COURS

CHAILLEY-BERT, agrégé	Education physique.
LEDoux-LEBARD	Radiologie clinique.
RUPPE	Stomatologie.
WEIL-HALLE	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans des dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41552813_0081

A MES PARENTS

A MON MARI

A MES AMIS

A MONSIEUR LE PROFESSEUR LAUBRY
Professeur de Cardiologie clinique
Médecin des Hôpitaux
Membre de l'Académie de Médecine

*Qu'il nous permette de lui
témoigner notre vive reconnais-
sance pour avoir bien voulu ac-
cepter la présidence de notre
thèse.*

A MES MAITRES DE LA FACULTE

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

STAGE

MONSIEUR LE PROFESSEUR GOSSET.

MONSIEUR LE PROFESSEUR ACHARD.

MONSIEUR LE PROFESSEUR HARVIER.

EXTERNAT

1936 MONSIEUR LE PROFESSEUR MONDOR.

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ
BROCQ.

1937 MONSIEUR LE PROFESSEUR JEANNIN.

MONSIEUR LE DOCTEUR J. RAVINA.

MONSIEUR LE DOCTEUR BOIDIN.

1938 MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ
ALAJOUANINE.

1939 MONSIEUR LE DOCTEUR HEUYER.

1939-1940 MONSIEUR LE DOCTEUR LÉON-
KINDBERG.

MONSIEUR LE DOCTEUR WEILLER.

Nous tenons à remercier ici Monsieur MARTIN, directeur de la Caisse Inter-départementale des Assurances Sociales, ainsi que Monsieur le Docteur RADENAC qui nous ont permis de puiser, dans un fichier parfaitement organisé, nos observations cliniques et nos documents radiologiques. Ils nous ont facilité aussi la convocation des malades pour lesquels des précisions supplémentaires nous étaient nécessaires. Nous remercions également le Docteur BABOU qui nous a beaucoup aidés à recueillir les éléments de ce travail.

Enquête sur les Pneumothorax thérapeutiques indiqués et non réalisés

INTRODUCTION

En dépit des immenses efforts qui se déploient pour lutter contre la tuberculose, on n'entrevoit pas encore l'extinction de cette maladie. On ne peut manquer, en effet, de s'émouvoir devant des chiffres comme ceux que citait récemment, sous une forme particulièrement saisissante, M. Etienne BERNARD: « Actuellement sur cent individus qui meurent il y en a 12 ou 13 qui meurent de tuberculose. Et ce qui est plus grave c'est que sur cent individus qui meurent avant l'âge de soixante ans, il y en a 27 ou 28 qui meurent de tuberculose. Et ce qui est plus grave encore et plus saisissant, c'est qu'entre quinze et trente ans, et ceci est encore plus évident pour la femme que pour l'homme, sur cent sujets qui meurent, il y en a 50 soit un sur deux qui meurent de tuberculose. Cet âge est celui de la grande activité sociale et de la maternité ».

Devant un tel fléau, chacun suivant ses tendances s'acharne à perfectionner telle ou telle phase de la lutte antituberculeuse. D'immenses efforts ont ainsi été faits

pour la prévention de la maladie, pour sa prophylaxie dans l'enfance, pour son dépistage précoce. Ce dépistage qui ne requiert qu'un simple examen radioscopique est déjà très répandu et l'on peut espérer, sans utopie, sa prochaine généralisation.

Par contre, il reste aujourd'hui encore des lacunes graves dans la lutte contre la maladie déclarée, contre les cas de tuberculose évolutive et contagieuse, lutte qui reste cependant le cœur du problème.

Certes, nous ne possédons pas encore le traitement spécifique, chimique ou biologique de l'infection tuberculeuse. Cependant, nous disposons d'armes d'une incontestable valeur dont il n'est pas toujours tiré tout le parti possible. C'est à la collapsothérapie et plus particulièrement à sa mise en pratique, à sa réalisation effective, que nous voudrions nous arrêter.

Sans être constante, l'efficacité du pneumothorax n'est plus à démontrer. La doctrine du pneumothorax précocement réalisé, pour des lésions discrètes, a été soutenue par M. RIST (1), l'appuyant de son incontestable autorité. Il y a longtemps également, que notre maître LÉON-KINDBERG (2) l'enseigne et la met en pra-

(1) E. RIST. Le pneumothorax thérapeutique précoce. *Annales Méd. Chir.*, 15 oct. 1935.

(2) M. LEON-KINDBERG et P. WEILLER. Section de brides et chrysothérapie intrapleurale associées: le pneumothorax art. rapidement efficace. *Bull. et Mém. de la Soc. M. des Hôp., Paris*, 21 mai 1937.

tique dans son service. Grâce aux techniques complémentaires de la section de brides précoce, précédée ou non de l'irritation pleurale, les succès réels de ces pneumothorax « précoces et précocement efficaces » atteignaient 75 % des cas.

Si à la lecture de ces résultats, à la visite d'un service de tuberculeux spécialisé et bien conduit, on est saisi d'un immense espoir, il n'en est pas de même quand on est appelé à examiner des tuberculeux « tout venant ». On recueille alors l'impression que les tuberculeux traités rationnellement, ceux qui bénéficient réellement du pneumothorax quand il est indiqué, sont loin d'être aussi nombreux qu'ils pourraient l'être.

Dans quelle mesure la collapsothérapie est-elle effectivement réalisée en pratique courante lorsqu'elle est indiquée, c'est ce point particulier que nous voulons étudier, en essayant d'analyser, autant que possible, les raisons ou les prétextes qui ont privé les malades d'un traitement efficace. Nous espérons faire apparaître ainsi les causes de cette discordance entre tout ce que fait espérer la doctrine et tout ce que fait déplorer la constatation de la réalité quotidienne.

CONDITIONS DE L'ENQUETE

Les cas que nous avons étudiés ont été recueillis au cours d'un contrôle médical concernant des assurés sociaux atteints d'affections pulmonaires et surtout de tuberculose. La radiographie est pratiquée d'une manière presque systématique chez ces malades et c'est en interprétant les films et en les confrontant à l'observation clinique qu'ont été recueillis tous les cas où le pneumothorax, manifestement indiqué, n'avait pas été réalisé.

Dans la plupart des cas, il s'agissait de tuberculeux n'ayant pas encore atteint le sixième mois de leur maladie. Dans un groupe de cas cependant, il s'agissait de tuberculeux plus anciens.

*
**

Nous nous sommes volontairement bornés aux indications manifestes, indiscutables, de pneumothorax pour lesquels il ne pouvait y avoir que des inconvénients à temporiser.

Nous n'avons retenu en effet que :

1) Des lésions dont l'étendue était déjà suffisam-

ment inquiétante pour poser d'emblée le problème de la collapsothérapie sans s'attarder à des espoirs plus ou moins chimériques ou tout au moins imprévisibles de régression spontanée.

Nous avons évidemment laissé de côté les lésions minimales paraissant avoir une tendance abortive pour lesquelles un délai d'attente pouvait être justifié.

2) Des lésions essentiellement unilatérales. La plupart du temps il s'agit d'unilatéralité stricte. Dans quelques observations, nous avons volontairement négligé des lésions contralatérales discrètes, ne donnant aucun signe stéthacoustique, inchangées sur des clichés successifs et manifestement inévolutives.

3) Des lésions bacillifères: le bacille dans la plupart des cas a été constaté au moins une fois dans l'expectoration du malade. Cependant nous n'avons pas éliminé les cas où l'absence apparente de bacilles dans les crachats était due manifestement à l'insuffisance des examens, l'aspect radiologique (lésions nettement excavées par exemple) témoignant à lui seul de lésions actives.

4) Nous avons éliminé les cas où des signes radiologiques importants (rétraction du poumon, attraction et déformation de la trachée ou de la coupole diaphragmatique) faisaient présager une symphise. Par contre, nous ne nous sommes pas arrêtés à des indices

insuffiants comme un feston diaphragmatique, un sinus émoussé, pas plus qu'à la notion d'une atteinte pleurale antérieure non vérifiée par ponction.

Ainsi ce ne sont que des indications tout à fait classiques qui ont été retenues et nullement des indications de phtisiologie d'avant-garde.

*
**

Les cas une fois choisis, notre enquête a porté sur les faits suivants :

Le pneumothorax a-t-il été proposé et refusé par le malade?

Dans les cas où il n'a pas été proposé, nous nous sommes efforcés à travers les circonstances de l'observation ou les réponses du malade, de discerner le pourquoi de l'abstention.

Dans certains cas, en l'absence de toute explication plausible de l'abstention, nous avons dû nous borner à préciser le délai au bout duquel le pneumothorax, quoi qu'indiqué, n'était pas encore réalisé.

*
**

Il nous reste à préciser que cette enquête a été menée pendant les derniers mois de 1939 et le premier semestre de 1940. Ce fait soulève évidemment, quant à l'interprétation des résultats, une objection que nous

nous faisons à nous-mêmes. Les conditions de la guerre ont certainement troublé dans un sens défavorable la conduite des traitements et la proportion des pneumothorax créés. Pour répondre partiellement à cette objection, nous avons supprimé tous les cas recueillis en mai et en juin 1940.

Par ailleurs, parmi les causes ou les prétextes de la non réalisation du pneumothorax la plupart ne sont pas fonction de la guerre. Ce sont les mêmes que ceux auxquels on se heurte en tout temps.

OBSERVATIONS

Nous avons recueilli au total 95 observations durant une période s'étendant de décembre 1939 à Mai 1940. Nous les classerons d'emblée pour faciliter leur analyse ultérieure en plusieurs groupes.

PREMIER GROUPE

Ces cas concernent des malades qui ont formellement refusé le pneumothorax qui leur a été proposé :

Obs. 1. — Fo... Charlotte, 22 ans.

Début progressif en mars 1940, un mois après un accouchement.

Dépistage rapide dans un centre hospitalier.

On propose l'institution d'un pneumothorax pour tuberculose pulmonaire gauche bacillifère. La malade *refuse* ce traitement auquel on substitue un traitement par calcium et chrysothérapie et un placement sanatorial.

A notre examen en *mai* 1940: à gauche, lésions ulcéro-caséuses massives étendues avec grosse caverne sous-claviculaire. Rien à droite.

Obs. 2. — Pe... Edesia, 22 ans.

Début progressif en janvier 1940.

Dépistage rapide par un dispensaire qui malgré une bacilloscopie négative propose un pneumothorax que la malade refuse.

On substitue à ce traitement un placement sanatorial.

A notre examen en *avril* 1940: nous trouvons:

A droite: lésions ulcéro-caséeuses dans la région sus-scissurale.

Poumon gauche normal.

Obs. 3. — Pi... Gilbert, 28 ans.

Début aigu en janvier 1940.

Dépistage rapide par un médecin traitant qui fait faire une recherche de bacilles, dont le résultat est positif.

Le malade reprend rapidement son travail, ayant *refusé* de partir en sanatorium, sa situation familiale ne lui permettant pas d'interrompre son travail. Il refuse de même le pneumothorax.

A notre examen, en *février* 1940, nous trouvons:

A gauche: lésions ulcéro-fibreuses du lobe supérieur avec fentes cavitaires sous la clavicule.

A droite: quelques petits nodules épars très discrets.

Déviation marquée du rachis et de la trachée. Hyper-obliquité des côtes.

Obs. 4. — Au... Yves, 33 ans

Début en janvier 1940 par une hémoptysie.

Dépistage rapide par un médecin privé qui envoie le malade dans un dispensaire de l'O.P.H.S. où l'on décèle une tuberculose excavée du sommet droit, bacillifère.

Le malade est hospitalisé en mars et *refuse* de se laisser créer un pneumothorax.

Après sa sortie de l'hôpital, il se repose à domicile sous la surveillance du dispensaire.

A notre examen, en *avril* 1940, nous trouvons à *droite*: lobite supérieure ulcéro-caséeuse avec spélonques multiples.

Rien à gauche .

Obs. 5. — Le Cr... Marie, 46 ans.

Début progressif vers décembre 1939.

La malade n'interrompt son travail qu'en mars 1940 et consulte un médecin qui dépiste une infiltration sous-claviculaire droite.

La bacilloscopie est positive.

Le médecin propose à la malade de lui instituer un pneumothorax et de la placer en sanatorium.

La malade *refuse* ce traitement et, à la suite d'un autre avis, se fait traiter par le vaccin de Friedmann.

A notre dernier examen, en *juillet* 1940, l'état général est satisfaisant ,la malade a repris du poids.

Radiologiquement il persiste un foyer sous-claviculaire droit, limité, mais non homogène

Obs. 6. — Bo... Emile, 39 ans.

Début progressif vers octobre 1939.

Dépistage par un médecin privé qui envoie le malade dans un dispensaire de l'O.P.H.S. où l'on décèle une « tuberculose pulmonaire bilatérale à prédominance gauche », bacillifère.

Le malade reprend son travail en *novembre contre l'avis du dispensaire* qui lui conseille une cure sanatoriale et l'institution d'un pneumothorax qu'il refuse.

On entreprend un traitement par la biocholine.

A notre examen, en *mai* 1940, nous trouvons :

A gauche: lésions ulcéro-nodulaires multi-excavées de la moitié supérieure du champ.

A droite: quelques nodules discrets au-dessus de la scissure.

Obs. 7. — Cle... Henri, 33 ans.

• Début en juillet 1939 par des hémoptysies.

Le malade ne consulte pas de médecin et c'est seulement en novembre 1939 qu'à l'Armée, une tuberculose pulmonaire bacillifère est décelée.

Le malade réformé, se met au repos à domicile. Il prévient son médecin qu'il ne veut pas partir en Sanatorium

et qu'il ne veut pas qu'on lui crée de pneumothorax avant même que celui-ci le lui ait proposé.

Un traitement par injections d'Allergine est entrepris.

A notre examen, en *mai* 1940, nous trouvons :

A *droite* des lésions ulcéro-fibreuses du lobe supérieur plus accentuées dans la région sus et sous-claviculaire interne.

Rien à gauche.

Obs. 8. — Ch... Corrado, 39 ans.

Début progressif vers juin 1939.

Dépistage rapide par un dispensaire de l'O.P.H.S. qui fait hospitaliser le malade pour une tuberculose pulmonaire droite bacillifère.

Ayant *refusé* le pneumothorax, le malade est envoyé en Sanatorium, puis se repose à domicile.

A notre examen, en *mai* 1940, nous trouvons des lésions ulcéro-nodulaires du sommet *droit* avec importante caverne sous-claviculaire.

A *gauche* : un ou deux nodules très discrets sous la clavicule.

Obs. 9. — Mme No..., 33 ans

Début progressif vers avril 1939 d'une tuberculose pulmonaire droite excavée, bacillifère.

Dépistage rapide par un dispensaire de l'O.P.H.S.

Le pneumothorax et la cure sanatoriale sont *refusés* à plusieurs reprises par la malade.

Devant ce refus systématique de tout traitement, le Dispensaire renonce à s'occuper de la malade.

A notre examen, *en mai* 1940, nous trouvons une lobite inférieure droite avec spélonque.

Obs. 10. — Sz..., Gitta, 29 ans.

Tuberculose ayant débuté en 1938 et pour laquelle un pneumothorax avait été dès cette époque proposé et *refusé* par la malade.

On substitue à ce traitement le repos à domicile, intermittent, sous la surveillance du dispensaire du quartier.

A notre examen, *en juin* 1940, nous trouvons :

Cliniquement: état général médiocre, amaigrissement de 8 kgs, expectoration toujours bacillifère. La *radiographie* montre une très grosse caverne sous la clavicule gauche. Rien ailleurs.

Aggravation après 2 ans d'évolution.

Le pneumothorax reste cependant indiqué.

Obs. 11. — Pe... Henri, 47 ans.

Début progressif vers juillet 1937.

Dépistage dans un centre hospitalier d'une tuberculose ulcéro-caséreuse droit bacillifère, avec laryngite.

Placé en Sanatorium, le malade y refuse à plusieurs reprises le pneumothorax.

A notre dernier examen, *en février 1940*, nous trouvons :

A droite: grosse caverne prenant tout l'apex avec quelques lésions nodulaires dans le reste du lobe supérieur.

Pas de lésion à gauche.

Aucune amélioration des lésions. L'indication du pneumothorax persiste.

Obs. 12. — Gu... Thérèse, 43 ans.

Début progressif vers février 1937.

Dépistage rapide par un médecin traitant qui envoie la malade dans un centre hospitalier où on décèle une tuberculose pulmonaire gauche bacillifère.

La malade se repose tantôt à domicile sous la surveillance d'un dispensaire, tantôt en cure sanatoriale.

Le pneumothorax proposé à plusieurs reprises à la malade a toujours été *refusé*.

A notre dernier examen, *en février 1940*, nous trouvons :

Cliniquement: état général médiocre. Expectoration toujours bacillifère.

Radiologiquement: persistance d'un foyer de condensation parahilaire supérieur gauche.

Rien ailleurs.

Obs. 13. — Ma... Hervé, 30 ans.

Premier épisode en 1933. Bacilliose prétendue bilatérale traitée par les sels d'or. Après ce traitement, alternatives de brefs repos à domicile et de reprise du travail.

Rechute en décembre 1939 .

Le malade est suivi dans un dispensaire de l'O.P.H.S. et on lui propose un placement sanatorial pour l'institution d'un pneumothorax. Il *refuse*, préférant attendre le résultat d'un nouveau traitement par la Crisalbine. Amélioré au point de vue général, il tient à reprendre son travail en février 1940.

Or, à notre dernier examen, en février 1940, on ne trouve pas d'amélioration lésionnelle. *A droite*: énorme *caverne périphilaire*. Ensemencement massif de l'ange cardio-hépatique.

Pas de lésion visible à gauche.

Obs. 14. — De... Jean, 56 ans.

Déjà atteint en 1917, le malade fait en 1934 une hémoptysie qui est traitée par le calcium par voie buccale. Il reprend ensuite rapidement son travail.

Rechute en mai 1940 par une hémoptysie.

Dépistage par un médecin traitant d'une tuberculose bacillifère.

Le malade *refuse* tout traitement autre que la cure libre et part en Charente.

A notre examen *en juin* 1940, nous trouvons :

A droite: lésions ulcéro-caséeuses étendues aux 2/3 supérieurs du champ. Grosse spélonque sous-claviculaire.

Rien à gauche.

DEUXIEME GROUPE

Ce groupe concerne les tuberculeux qui, soit par la faute des circonstances, soit par leur inaptitude à se plier à une discipline quelconque, ont nécessairement échappé à la collapsothérapie de même, d'ailleurs, qu'à tout traitement suivi et rationnel.

Voici 7 observations de ces « tuberculeux migrants »:

Obs. 15. — Se... Paul, 44 ans.

Début progressif en janvier 1940.

Dépistage par un dispensaire de l'O.P.H.S. de lésions considérées comme bilatérales mais surtout étendues à gauche. La bacilloscopie est positive.

Placé en Sanatorium, le malade en est renvoyé par mesure disciplinaire pour ébriété fréquente. Il se repose ensuite à domicile, sans traitement

A notre examen, *en janvier* 1940, nous trouvons :

A gauche: lésions ulcéro-caséeuses du lobe supérieur avec condensation d'aspect homogène à l'apex et spélonque rétro-claviculaire.

Autre foyer de condensation périhilaire.

A droite: lésions nodulaires très limitées de l'apex. Sinus émousé.

Obs. 16. — Pe... Jeanne, 31 ans.

Début en décembre 1939 par une pleurésie gauche.

Dépistage dans un dispensaire de l'O.P.H.S., de lésions parenchymateuses droites. Une analyse de crachats est positive en février 1940. Une proposition de placement est faite; la malade *refuse* de partir préférant la cure libre dans les Pyrénées. Puis, elle déclare que ses moyens ne le lui permettent pas et s'installe en Seine-et-Oise. Malade difficile qui refuse les conseils du dispensaire.

En juin 1940, elle est toujours au repos chez elle et se trouve enceinte de 3 mois.

A notre dernier examen *en mars* 1940, nous trouvons :

A droite: caverne rétro-claviculaire. Lésions ulcéro-nodulaires sous-jacentes.

A gauche : pas de lésions parenchymateuses.

Obs. 17. — Po... Jean, 27 ans.

Début progressif vers novembre 1939.

Dépistage par un dispensaire de l'O.P.H.S. où l'on découvre une tuberculose excavée du poumon gauche. La bacilloscopie est positive.

Le Dispensaire propose un placement en sanatorium où serait créé un pneumothorax. Mais le malade, mobilisé entre temps, est évacué sur un hôpital militaire d'où il sort réformé en avril 1940. Il reprend alors la cure à domicile.

A nos examens, nous trouvons :

En *novembre* 1939 : lésions ulcéro-fibreuses du lobe supérieur gauche. Rien ailleurs.

En *mai* 1940 : aggravation des lésions avec apparition d'une spéléonque nouvelle sous la clavicule.

Le fait d'attendre le placement sanatorial pour réaliser le pneumothorax a permis l'aggravation des lésions.

Obs. 18. — Pi... Marcel, 26 ans

Début en mai 1939 par syndrome pleurétique ou pseudo-pleurétique (pas de ponction).

Hémoptysie en juin.

Dépistage de la tuberculose par le médecin traitant, L'examen de crachat reste négatif. Le Vernes Résorcine est à 89.

Le malade se repose d'abord à domicile. Il part ensuite trois mois en cure libre en Seine-et-Marne et enfin rentre chez lui.

En novembre il est mobilisé et réformé en février.

A ce moment sont apparues des lésions vertébrales, vraisemblablement tuberculeuses.

En avril 1940 le malade tient à reprendre son travail.

A notre dernier examen en février 1940 :

Poumons: foyer ulcéro-nodulaire de la région paracardiac gauche, pas de reliquat pleural de la base qui apparaît libre.

Rachis : télescopage des trois premières vertèbres dorsales. Ecrasement latéral plus marqué de la deuxième dorsale avec disparition des interlignes adjacents.

Dans toutes les tribulations du malade depuis 9 mois, il n'a été ni tenté, ni proposé de pneumothorax.

Obs. 19. — Pe... Gaston, 48 ans.

Début aigü fébrile en avril 1939.

Dépistage rapide par un dispensaire de l'O.P.H.S. qui découvre des lésions limitées mais bacillifères du sommet droit.

Placé en sanatorium le malade sort *sur sa demande* au bout d'un mois.

Il se repose ensuite chez lui et se fait surveiller par son dispensaire mais très irrégulièrement.

A notre dernier examen, en *janvier* 1940, nous trouvons:

Des lésions ulcéro-nodulaires limitées du sommet droit avec spélonque rétro-calviculaire.

Quelques nodules apicaux gauche, discrets, inactifs.

Après 9 mois d'évolution, le pneumothorax n'a pas été tenté. L'indication persiste.

Obs. 20. — Ba... Pierre, 28 ans.

Début subaigü en avril 1939.

Dépistage par le médecin^t traitant qui envoie le malade dans un dispensaire de l'O.P.H.S. où l'on décèle des lésions du lobe supérieur droit avec bacilloscopie positive.

Le malade est dirigé sur un sanatorium mais il écourte son séjour pour faire de la cure libre en plusieurs endroits, dont un au bord de la mer, sous la surveillance du dispensaire départemental.

A notre dernier examen, en janvier 1940, nous trouvons une lobite supérieure droite excavée donnant des signes d'auscultation.

La caverne s'est étendue par rapport à la radiographie précédente.

Après 9 mois d'évolution, le pneumothorax n'avait pas été tenté. L'indication persiste.

Obs. 21. — Bl... Auguste, 40 ans.

Début aigü en mars 1939.

Dépistage par un médecin privé, de lésions considérées comme bénignes, non bacillifères (examen unique).

Le malade fait un séjour de deux mois en préventorium puis reprend son travail en Août 1939.

Il est ensuite mobilisé et réformé en Février 1940 pour tuberculose pulmonaire, cette fois bacillifère.

Proposé pour un placement sanatorial, il part en attendant, en cure libre.

A notre examen, en *mars* 1940, nous trouvons des lésions d'aspect flou, ulcéro-nodulaires, dans la région sous-claviculaire externe gauche, avec petit contour cavitare sous la clavicule. Rien à droite.

Un an après le début le pneumothorax n'avait pas été tenté. L'indication persiste.

TROISIEME GROUPE

Ce groupe comporte des cas où le pneumothorax n'a été ni tenté, ni même proposé aux malades. Nous avons essayé de discerner à travers les réponses du malade ou à travers les circonstances de l'observation, les raisons qui pouvaient avoir motivé cette abstention :

a) Soit que les examens bacilloscopiques parfois trop sommaires n'aient pas permis de déceler le bacille;

b) Soit que des lésions controlatérales insignifiantes ou inévolutives aient été considérées à tort comme une contre-indication;

c) Soit qu'une pleurésie antérieure incertaine ait fait renoncer à la tentative de décollement.

— A —

Obs. 22. — As... Edmond, 30 ans.

Début en février 1940 alors qu'il était mobilisé.

Dépistage à l'Armée qui réforme le malade pour « bronchite chronique avec aspect spongieux de la région sous claviculaire gauche ».

L'expectoration est insignifiante, les bacilloscopies restent négatives.

Le malade part en cure libre dans les Basses-Pyrénées et se fait suivre par un Dispensaire qui signale que son état général reste bon et qu'il ne crache pas.

Mais à notre examen, en *avril* 1940, nous trouvons : à gauche infiltration sous-claviculaire d'aspect non homogène avec de petites images de désintégration.

Rien à droite.

Obs. 23. — Pi... Valentin, 37 ans

Début aigu en janvier 1940.

Le malade est d'abord soigné pendant 2 mois comme une suppuration pulmonaire, les recherches de B. K. restant négatives et les Vernes résorcine étant à 22.

C'est seulement en mars qu'une homogénéisation positive et un Vernes à 53 viennent lever les doutes de son médecin traitant qui demande alors le placement en sanatorium.

A notre examen en *mai* 1940 nous trouvons :

A *droite*, une infiltration étendue dans la région péri cissurale surtout marquée au-dessus de la scissure avec image claire, arrondie.

Rien ailleurs.

En mai, c'est-à-dire 4 mois après le début de la maladie, le pneumothorax n'avait pas été tenté.

Obs. 24. — Ra... Henri, 20 ans.

Début progressif vers décembre 1939.

Dépistage rapide dans un dispensaire de l'O. P. H. S. d'une infiltration fibro-ulcéreuse localisée de la région sous-claviculaire gauche.

Les bacilloscopies restent cependant négatives. On se borne à placer le malade en Sanatorium.

A notre examen, en *Mai* 1940, nous trouvons à droite des lésions en mie de pain avec images spéléonculaires multiples dans la région sus et sous claviculaire.

Légère attraction trachéale.

Rien ailleurs.

Obs. 25. — De... Auguste, 43 ans.

Début progressif vers octobre 1939.

Dépistage par le médecin traitant qui l'envoie à un dispensaire de l'O. P. H. S. où est décelée une tuberculose pulmonaire du sommet droit à forme fibrocaséuse.

Les bacilloscopies restent cependant *négatives*. Le malade reste au repos à domicile sous la surveillance du dispensaire.

A notre dernier examen, en *janvier* 1940 nous trouvons :

Une infiltration rétroclaviculaire *droite* avec spéléonque de moyen volume.

Aspect étalé du hile *gauche* avec nombreux petits nodules fibrocristacés.

Ces lésions controlatérales minimales inévolutives ne contre-indiquent nullement le pneumothorax du côté opposé.

Obs. 26. — Le... Elise, 51 ans.

Début progressif vers septembre 1939.

Dépistage, par un médecin privé, d'une tuberculose pulmonaire droite.

Une homogénéisation faite dans un centre hospitalier est négative.

La malade se met au repos à domicile et on entreprend un traitement calcique.

En mars 1940 elle part en cure libre dans l'Yonne.

A notre examen, *en mars* 1940, nous trouvons :

A *droite* : lésions ulcéro-fibreuses floues non homogènes de la partie interne du lobe supérieur.

Images de désintégration nettes au sommet.

Rien ailleurs.

Les lésions manifestement actives seraient justiciables de la collapsothérapie malgré l'absence de preuve bactériologique.

Obs. 27. — De... André, 38 ans.

Début vers septembre 1939.

Dépistage à l'Armée d'une tuberculose pulmonaire du sommet droit pour laquelle le malade est réformé.

Une bacilloscopie est négative.

Le médecin conseille le repos à domicile après quoi le malade part 2 mois, en cure libre, dans les Basses-Pyrénées.

A son retour il se sent amélioré au point qu'il tient à reprendre son travail au printemps.

En fait, à notre examen en *février* 1940 nous trouvons une infiltration sous-claviculaire droite avec spélonque allongée sous la clavicule.

Rien à gauche.

Obs. 28. — Ca... Maurice, 29 ans.

Début vers juillet 1939.

Dépistage à l'Armée en Septembre 1939 d'une tuberculose pulmonaire bacillifère pour laquelle le malade est réformé.

Après sa réforme on fait à l'hôpital une deuxième analyse de crachat qui est négative (octobre 1939).

Devant ce résultat on ne lui conseille pas, nous dit-il, le pneumothorax. On le place dans un sanatorium d'où il sort sur sa demande au bout de 15 jours.

Il se repose ensuite à domicile où il est traité par une série d'injections d'huile camphrée.

A notre examen en *février* 1940 nous trouvons une infiltration triangulaire sous la clavicule gauche avec spéloncule probable.

Rien à droite.

Obs. 29. — Ma... Eugène, 39 ans.

Début progressif en 1938.

Dépistage en décembre 1938 dans un centre hospitalier d'une tuberculose pulmonaire du sommet droit. Une bacilloscopie est positive parmi plusieurs négatives.

Le malade part 6 mois en cure libre et reprend son travail en août 1939.

Il consulte à nouveau l'hôpital en septembre 1939. Seule une inoculation du liquide du tubage gastrique au cobaye est positive. Devant le caractère paucibacillaire des lésions, on ne lui conseille pas l'institution d'un pneumothorax mais seulement la prolongation du repos.

Cependant à notre examen, en *janvier* 1940, nous trouvons :

Cliniquement une respiration soufflante au sommet droit.

Radiologiquement des lésions ulcéro-nodulaires du sommet droit avec forte condensation rétro-claviculaire. Les lésions n'ont guère régressé par rapport au film de décembre 1938.

Obs. 30. — Ma... Mauricette, 26 ans.

Début progressif en 1937 d'une tuberculose du sommet droit. La malade est à ce moment traitée par le repos pendant 4 mois puis reprend son travail.

En novembre 1939 à une radiographie de contrôle au dispensaire qui suit la malade depuis le premier épisode,

on note un réveil des lésions du sommet droit. Mais la bacilloscopie serait restée négative.

Devant ces résultats le repos avec traitement calcique est conseillé à la malade, en attendant un placement sanatorial.

A notre examen en *Février* 1940 nous trouvons : une lobite supérieure droite ulcéro-fibreuse. Au-dessous nombreux nodules fins et condensation des pinceaux bronchiques. Rien ailleurs.

Ces lésions importantes indiquent manifestement le pneumothorax qui 4 mois après le début de la rechute n'a été ni réalisé, ni proposé.

Obs. 31. — Go... Eugène, 21 ans.

Malade suivi depuis 1936 dans un dispensaire de l'O. P. H. S. où des examens de crachats répétés annuellement, au moins, ont toujours été négatifs.

Traité par une cure sanatoriale, puis par le repos à domicile, il reprend son travail, mais irrégulièrement, à partir de 1937.

Aux examens, nous trouvons :

En *juin* 1938 : des lésions ulcéro-nodulaires de la moitié inférieure du champ gauche. Pinceau bronchique inférieur droit empâté.

On conclut à un foyer vraisemblablement bacillaire, la preuve bactériologique manquant.

En *janvier* 1940 : persistance des lésions ulcéro-nodulaire de la base.

Apparition d'un foyer nodulaire à petits éléments dans la région sous-claviculaire gauche.

L'apparition de ces lésions montre qu'il s'agissait bien de tuberculose et de tuberculose évolutive, qui était justiciable de la collapsothérapie dès 1938.

— B —

Obs. 32. — Le... Françoise, 29 ans.

Début en février 1940 par une hémoptysie.

Dépistage par le médecin traitant qui envoie la malade dans un dispensaire de l'O. P. H. S. où est décelée une tuberculose pulmonaire « *bilatérale à prédominance gauche* » avec expectoration bacillifère.

La malade est proposée pour une cure sanatoriale et se repose à domicile en attendant son placement.

A notre examen, en *mars* 1940, nous trouvons :

A gauche : des lésions ulcéro-nodulaires à limites floues dans la région sous-claviculaire. Autre foyer nodulaire dans la région para-cardiaque.

A droite, simple accentuation des travées sous la clavicule avec calcification.

Les lésions droites paraissent cicatricielles et ne contre-indiquent pas le pneumothorax.

Obs. 33. — Ch... Robert, 43 ans.

Début en février 1940 par une hémoptysie.

Dépistage rapide par un dispensaire de l'O. P. H. S.

qui décèle une tuberculose pulmonaire bilatérale à prédominance droite avec bacilloscopie positive. Le malade est proposé pour une cure sanatoriale et se repose à domicile en attendant son placement.

A notre examen, en *avril* 1940 nous trouvons :

A *droite*, des lésions ulcéro-fibreuses, multi-excavées, des deux tiers supérieurs du champ.

A *gauche*, quelques nodules apicaux discrets. Simple accentuation de la trame au-dessous.

Les lésions controlatérales sont extrêmement discrètes et ne semblent pas être une contre-indication au pneumothorax.

Obs. 34. — Po... Jean, 26 ans.

Début en décembre 1939 par une hémoptysie.

Dépistage par un dispensaire d'une tuberculose pulmonaire *bilatérale* irrégulièrement bacillifère (2 homogénéisations négatives en décembre et janvier, une homogénéisation positive en mai 1940).

Le malade se repose à domicile en attendant son placement sanatorial.

En fait, à notre examen, le 25 *mai* 1940, nous trouvons *à gauche*, des lésions multinodulaires fines sous la clavicule. Image annulaire suspecte de l'apex.

Pas de lésion visible à droite.

Les lésions droites étaient certainement trop minimes pour contre-indiquer le pneumothorax puisqu'elles semblent effacées après 5 mois d'évolution.

Obs. 35. — La... Simone, 33 ans

Début en août 1939 par une hémoptysie.

Dépistage par un médecin spécialiste de « lésions tuberculeuses bilatérales mais à forte majoration droite avec géode de ce côté la bacilloscopie est positive.

Le placement sanatorial conseillé à la malade n'est pas réalisé.

En décembre 1939 apparaît un épanchement pleural droit. La malade est traitée par des injections de calcium et part en cure libre en Seine-et-Oise. En juin 1940, son état général était plutôt en aggravation.

A notre examen, en *février* 1940. Les lésions *gauches* nous apparaissent réduites à quelques nodules opaques.

Les lésions *droites* sont importantes et compliquées d'un épanchement pleural avec courbe de Damoiseau. Infiltration parenchymateuse sous-jacente en mie de pain avec cavité visible.

Obs. 36. — Ga... Richard, 30 ans.

Début progressif en mars 1939.

Le malade est envoyé par son médecin en cure libre en Normandie puis se repose à domicile. Il reprend son travail en avril 1940. Une bacilloscopie avait été positive en mars 1940.

En fait à nos examens, on notait :

En août 1939, une infiltration de la moitié supérieure des deux champs avec multiples cavités.

En mars 1940, amélioration relative à droite, considérable à gauche.

A droite, lésions nodulaires floues du sommet avec petite image spéléoculaire sous la clavicule.

A gauche, quelques mouchetures fibreuses sous la clavicule, sans plus.

En somme amélioration notable mais persistance d'une lésion sous-claviculaire droite pour laquelle le pneumothorax serait indiqué.

Obs. 37. — Pa... Roger, 30 ans

Cure sanatoriale en 1934-1935.

Rechute par une hémoptysie en octobre 1939.

Dépistage rapide dans un dispensaire de l'O. P. H. S. d'une tuberculose pulmonaire gauche, évolutive. Le compte-rendu signale que le poumon droit est « à surveiller ».

La bacilloscopie est positive.

Le malade est mis au repos chez lui, d'abord, puis en sanatorium d'où il sort en janvier, à cause, nous dit-il, du défaut de chauffage.

Il continue alors à se reposer à domicile.

A notre examen, en février 1940, nous ne trouvons de lésions évolutives qu'à gauche.

A gauche, lésions ulcéro-nodulaires fines dans la totalité du champ.

A *droite*, lésions fibro-nodulaires avec quelques marbrures intercleidohilaires.

L'importance des lésions gauches appelle le pneumothorax que la fixité des lésions droites permet.

Obs. 38. — Be... René, 54 ans.

Ce malade a été soigné en 1934 pour une tuberculose de la 1/2 supérieure du poumon droit. Séjour sanatorial prolongé 1 an 1/2 au cours duquel le malade a été traité par l'allocrysine.

Le pneumothorax n'a pas été tenté.

Ensuite le malade a pu reprendre son travail pendant 3 ans.

Rechute en mars 1940 par une hémoptysie.

Hospitalisé, le malade sort au bout de 15 jours ayant refusé le placement sanatorial.

Suivi ensuite par un dispensaire, il se repose à domicile.

A notre examen en *mai* 1940 nous trouvons des lésions bilatéralisées qui ne permettent plus la collapsothérapie.

A *gauche*, grosses lésions excavées apicales et paracardiales.

A *droite*, lésions ulcéro-fibreuses avec caverne sous-claviculaire interne. Nombreux nodules de la base.

Obs. 39. — An... Jean, 33 ans.

Malade traité en 1933 par un pneumothorax droit créé en sanatorium et entretenu régulièrement pendant 6 ans.

En mars 1940, 6 mois après l'interruption du pneumothorax, et alors qu'il était mobilisé, rechute à début aigu, avec présence de bacilles dans l'expectoration et constatation de lésions à gauche.

A notre examen, en *juin* 1940, nous trouvons :

A gauche, lésions ulcéro-caséuses du sommet. Ensemenement nodulaire des régions sous-claviculaires et parahilaires.

A droite, pachypleurite secondaire au pneumothorax. Lésions périscissurales calcifiées nullement actives et permettant le pneumothorax à gauche.

— C —

Obs. 30. — Ba... Ernest, 30 ans.

Antécédents de pleurésie droite non vérifiée par ponction en 1937.

Début progressif vers avril 1939.

Dépistage par un médecin privé qui fait faire une radiographie où il décèle « un aspect pommelé du 1/3 supérieur du champ droit avec séquelles pleurales de la base et quelques ombres suspectes au sommet gauche ».

L'expectoration est minime. Un examen de crachat est négatif à ce moment.

Le malade est envoyé en cure libre dans la Mayenne pendant 4 mois. Il reprend son travail en Septembre 1939 et l'interrompt à nouveau en avril 1940, l'état général ne faisant que s'aggraver.

A notre examen, en *avril* 1940, nous trouvons une infiltration sous-claviculaire droite excavée avec petites irrégularités de la coupole diaphragmatique.

Rien à gauche.

Le pneumothorax n'a pas été tenté après un an d'évolution, en raison de l'atteinte pleurale antérieure.

Obs. 41 .— Gra... Gisèle, 18 ans.

Début aigu en février 1940.

Diagnostic par le médecin traitant d'une tuberculose pleuro-pulmonaire gauche. Il n'y a pas eu de vérification par ponction.

L'expectoration devient bacillifère en mai 1940. Après un traitement symptomatique des phénomènes aigus la malade est envoyée un mois, au repos en cure libre.

Ne la trouvant guère améliorée à son retour le dispensaire qui la suit lui conseille un placement sanatorial.

A notre examen le 8 mai 1940 nous trouvons à gauche une infiltration parahilaire avec excavation nette. Quelques lésions parenchymateuses de la base. Pas de reliquat pleural.

Rien à droite.

Le pneumothorax n'a pas été tenté en raison de l'atteinte pleurale diagnostiquée au début.

QUATRIEME GROUPE

Ce groupe concerne des malades pour lesquels nous savons seulement que le pneumothorax n'a pas été tenté et qu'on lui a substitué une autre thérapeutique :

- a) Soit un traitement médicamenteux ;
- b) Soit la seule cure hygiéno-diététique.

— A —

Obs. 42. — Be... Mohamed, 45 ans.

Début en avril 1939 par une hémoptysie.

Dépistage par un médecin qui l'envoie au dispensaire de l'O. P. H. S. où est décelée une tuberculose droite excavée bacillifère. Le malade se repose à domicile sans traitement autre qu'un *traitement symptomatique*. Il refuse de partir en sanatorium, invoquant des motifs familiaux.

A nos examens on notait :

En septembre 1939 : lésions ulcéro-fibreuses du sommet et de la région sous-claviculaire droite avec perte de substance.

En juin 1940 : extension des lésions à tout le lobe supérieur.

Attraction trachéale.

A gauche, *pas de lésion* active.

Le pneumothorax n'est ni proposé ni tenté après un délai de 14 mois. Aggravation des lésions qui restent cependant unilatérales.

Obs. 43. — Be... Suzanne, 30 ans.

Début pseudo-grippal, en octobre 1939. Dépistage rapide par un dispensaire de l'O. P. H. S. d'une tuberculose pulmonaire gauche bacillifère par intermittence.

La malade se repose à domicile et on lui fait un traitement par injections de Biocholine et de calcium.

Elle part en mars à la campagne et revient en Mai, ayant repris du poids.

A partir de ce moment, elle est au repos à domicile, sans traitement.

A notre examen, en février 1940 nous trouvons :

A *gauche*, lésions ulcéro-nodulaires prédominant dans le lobe supérieur avec limite scissurale remontée.

Perte de substance apicale au-dessus de la scissure. Nombreux petits nodules jusqu'au tiers inférieur.

Pas de lésion à droite.

Le pneumothorax n'a jamais été proposé à la malade.

Obs. 44. — Pa... Marcel, 29 ans.

Début progressif vers septembre 1936.

Hospitalisation au cours de laquelle est décelée une tuberculose bilatérale bacillifère.

A la suite d'un traitement par le *myoral*, les bacilloscopies deviennent négatives pendant quelques mois.

Le malade est ensuite envoyé en Sanatorium d'où il sort en Mars 1937.

On retrouve alors des bacilles dans les crachats.

Le malade se repose ensuite à domicile et son médecin lui fait un traitement par le *vaccin de Friedmann*.

Puis il est suivi à nouveau à l'hôpital où on reprend le Myoral.

A notre examen, en *mai* 1937 nous trouvons des signes d'auscultation au sommet droit.

Radiologiquement une infiltration nodulaire discrète du champ droit avec spélonque sous-claviculaire. A gauche, atteinte fibreuse de la région sous-claviculaire.

En avril 1938 on constate cliniquement des signes de laryngite.

Radiologiquement, atténuation des lésions sous-claviculaires; à droite la spélonque se rétracte. Plus de lésions appréciables à gauche.

En avril 1940 : lésions ulcéro-nodulaires sous-claviculaires droites. Caverne considérablement réduite.

Le pneumothorax rejeté au début en raison des lésions controlatérales n'a pas été tenté ultérieurement en raison de la régression relative des lésions. Celles-ci persistent cependant depuis près de 4 ans.

Obs. 45. — Ju... Alfred, 41 ans.

Début aigu en décembre 1939.

Dépistage rapide par le médecin traitant qui fait faire à l'hôpital une bacilloscopie dont le résultat est positif.

Le malade est soigné chez lui par des injections d'*Allergine*.

Ni la cure sanatoriale, ni le pneumothorax ne lui ont été proposés.

Or à notre examen en *mars* 1940, au quatrième mois de la maladie nous trouvons :

A *droite*, une lobite supérieure ulcéro-fibreuse largement excavée.

Grosse condensation basale.

Pas de lésion à gauche.

Obs. 46. — Bo... Lucien, 20 ans

Début progressif en décembre 1939.

Dépistage au Conseil de Révision d'une tuberculose pulmonaire droite bacillifère.

Sur les conseils de son médecin, le malade se repose à domicile traité par des injections d'*Allergine*.

A nos examens, en mars et juin 1940, nous trouvons des lésions multi-nodulaires du sommet droit avec petite image de désintégration. Régression par rapport au film antérieur mais lésions encore importantes. Rien à gauche.

Il n'y a pas eu de bacilloscopie à cet examen.

Mais l'aspect même des lésions témoigne de leur activité persistante.

Obs. 47. — Da... Berthe, 20 ans.

Début progressif vers Janvier 1940.

Dépistage par un dispensaire de l'O. P. H. S. qui fait une bacilloscopie dont le résultat est positif et décèle une tuberculose du sommet gauche.

La malade est soignée par un médecin qui lui fait des injections d'*Allergine* et lui *déconseille formellement* le départ pour une cure climatique.

A notre examen, en *février* 1940 nous trouvons une infiltration du lobe supérieur gauche.

En juin nous apprenons que la malade fait des réactions fébriles après les injections d'*Allergine* et qu'elle présente des signes d'atteinte laryngée.

Il persiste une infiltration non homogène du sommet gauche.

Obs. 48. — To... René, 48 ans.

Début progressif vers septembre 1939.

Dépistage par le médecin traitant d'une tuberculose pulmonaire droite avec bacilloscopie positive.

Le malade continue à travailler jusqu'en Janvier.

Il se repose ensuite à domicile sur le conseil de son médecin qui entreprend un traitement par « *vaccin lipidique (?)* »

A notre examen, en *novembre* 1939 :

Lésions ulcéro-caséuses de la moitié supérieure du

champ droit. Coupole horizontale bosselée. Opacité du cul-de-sac.

En avril 1940, l'état général est encore médiocre.

A la radiographie : grosse aggravation des lésions ulcéro-nodulaires dans la quasi totalité du champ droit avec grosse caverne sous-claviculaire. Sinus comblé.

A gauche, ensemencement ulcéro-nodulaire dans la partie moyenne du champ.

Au cinquième mois l'indication de pneumothorax a disparu par suite de la bilatéralisation des lésions.

— B —

Obs. 49. — Ke... Jean, 20 ans.

Antécédents : pleurésie incertaine en 1932.

Début, en avril 1940, par une hémoptysie.

Dépistage rapide par le médecin traitant qui fait faire une bacilloscopie dont le résultat est positif.

Le pneumothorax suggéré par l'intermédiaire d'une infirmière visiteuse du Dispensaire a été *formellement déconseillé* par le médecin.

Le malade est au repos sans autre traitement.

Or, à notre examen, *en mai 1940*, nous trouvons à droite : lobite supérieure avec grosse caverne sous-claviculaire.

Pas de reliquat pleural visible.

Rien à gauche.

Obs. 50. — Pr... Raynald, 54 ans.

Il s'agit d'un malade réformé en 1914 pour « tuberculose pulmonaire »: Nous n'avons aucune précision sur les lésions d'alors.

En avril 1940, survient une hémoptysie. Le malade est suivi par un médecin qui ne fait d'examens ni radiologique, ni bactériologique, et le traite par des injections de calcium intramusculaire.

A notre examen, *en avril* 1940, nous trouvons :

A *gauche*, lésions parenchymateuses multinodulaires de la région intercleidohilaire avec images de spéléonques retro et sous-claviculaires.

Rien à droite.

Le pneumothorax n'a jamais été proposé au malade.

Obs. 51. — Gi... Roger, 20 ans.

Début progressif en mars 1940.

Dépistage par un dispensaire de l'O.P.H.S. d'une tuberculose pulmonaire gauche bacillifère. Le malade proposé pour une cure sanatoriale est mis au repos à domicile. Son médecin le traite par des injections de calcium et de biocholine, remettant l'institution du pneumothorax qui lui semble pouvoir attendre le placement sanatorial.

A la suite de l'exode général de juin, le malade aggrave son état général. On entreprend un traitement aérique. Le départ en sanatorium du malade devant se faire incessamment, le pneumothorax n'est pas institué.

A notre examen, *en juillet* 1940, nous trouvons :

A gauche: des lésions nodulaires étendues de la moitié supérieure du champ, double caverne sous-claviculaire.

Rien à droite.

Pneumothorax subordonné à la cure sanatoriale et non réalisé après 5 mois d'évolution.

Obs. 52. — Fe... Martin, 42 ans.

Début aigü par un épisode étiqueté « congestion pulmonaire », en mars 1940.

On institue un traitement symptomatique pendant la période fébrile.

Le malade part ensuite 6 semaines à la campagne en Seine-et-Oise.

Or, à notre examen, en avril 1940 nous trouvons une lobite supérieure droite excavée.

Rien à gauche.

Le pneumothorax n'a été ni tenté ni proposé au malade.

Obs. 53. — Le... Yvonne, 44 ans.

Début subaigu en mars 1940.

Dépistage par le médecin traitant d'une tuberculose du sommet droit.

On conseille à la malade un repos prolongé de 4 mois à la campagne.

A notre examen, *en mai* 1940, nous trouvons :

A droite, lésions ulcéro-nodulaires de l'apex et de la région sous-claviculaire.

A gauche, quelques calcifications para-cardiaques.

Le pneumothorax n'a pas été tenté après 3 mois d'évolution.

Obs. 54. — Pi... Thomas, 38 ans.

Le malade a été soigné en 1932 pour une lobite supérieure droite excavée bacillifère. Il est traité par simple cure sanatoriale prolongée 3 ans. Le pneumothorax *n'a pas été tenté*.

Rechute aiguë, pseudo-grippale, en février 1940. Constataction par un dispensaire de l'O. P. H. S. d'un réveil des lésions anciennes. La bacilloscopie est positive.

On propose au malade un placement en sanatorium.

A notre examen, *en avril* 1940, nous trouvons :

A droite, des lésions ulcéro-fibreuses du lobe supérieure. Grosse caverne rétroclaviculaire, déviation trachéale.

Rien ailleurs.

Il s'agit en somme du réveil de lésions anciennes pour lesquelles le pneumothorax a été, d'emblée, et reste indiqué.

Actuellement, 5 mois après la rechute, il n'est ni tenté ni proposé.

Obs. 55. — Fi... André, 30 ans.

Début en février 1940, par une hémoptysie.

Dépistage à l'Armée d'une tuberculose pulmonaire bacillifère pour laquelle le malade est réformé en mars 1940.

Il attend ensuite son placement en se reposant à domicile. On considère, nous dit-il, qu'il n'est pas urgent, pour lui, d'instituer un pneumothorax.

A notre examen, *en avril* 1940, nous trouvons :

A droite, une lobite supérieure ulcéro-nodulaire.

Rien à gauche.

En juillet, pas d'amélioration des lésions. L'expectoration est toujours bacillifère.

Le pneumothorax n'a pas été tenté.

Obs. 56. — Ro... Auguste, 40 ans.

Début progressif vers le début février 1940.

Dépistage à l'armée d'une tuberculose pulmonaire droite bacillifère, pour laquelle le malade est réformé en mars 1940.

Il se repose à domicile, traité par des injections de calcium. En mai 1940 il fait une hémoptysie et se décide, sur les conseils du dispensaire qui le suit, à entrer à l'hôpital en vue de la création d'un pneumothorax.

A notre examen, *en mai* 1940, nous trouvons une lobite supérieure droite ulcéro-caséuse. Quelques nodules sous-jacents.

Rien à gauche.

Le pneumothorax envisagé n'était pas réalisé après 4 mois d'évolution.

Obs. 57. — Da... Denise, 18 ans.

Début aigu pseudo-grippal en janvier 1940.

Dépistage par un dispensaire de l'O. P. H. S. d'une tuberculose pulmonaire bacillifère.

La malade est mise au repos à domicile et un traitement calcique est entrepris en attendant son départ en sanatorium où elle est envoyée pour qu'on lui crée un pneumothorax.

A notre examen, *en mars* 1940, la malade est encore à Paris; nous trouvons des lésions ulcéro-nodulaires dans la région para-hilaire inférieure gauche.

Rien ailleurs.

Obs. 58. — Ba... Germaine, 21 ans.

Début en janvier 1940 par une hémoptysie.

Dépistage rapide par un dispensaire de l'O. P. H. S. d'une lobite supérieure droite bacillifère.

Le dispensaire propose la malade pour un placement sanatorial. Il n'est pas proposé de pneumothorax.

A notre examen, *en février* 1940, nous trouvons une lobite supérieure droite avec condensation plus massive dans la partie supéro-interne.

Pas de spélonque manifeste.

Rien ailleurs.

La malade entrée dans un Sanatorium d'altitude en Avril, s'y trouve actuellement.

Nous n'avons pas d'autre renseignement. Le pneumothorax s'il a été réalisé l'aura été après un délai de 4 mois, minimum).

Obs. 59. — De... Jacques, 19 ans

Début en janvier 1940, par une hémoptysie.

Dépistage, dans un service hospitalier, d'une tuberculose pulmonaire droite bacillifère.

A sa sortie de l'hôpital, le malade se repose à domicile en attendant son placement sanatorial.

Le pneumothorax est envisagé et doit être créé en sanatorium.

A notre examen, *en mai* 1940, ce placement n'est pas réalisé. Nous trouvons, à *droite* des lésions micro-nodulaires assez étendues dans le lobe supérieur.

Rien à gauche.

Donc au cinquième mois de l'évolution, le pneumothorax était envisagé mais subordonné au départ en sanatorium.

Obs. 60. — Ca... Emilienne, 35 ans.

Début pseudo-grippal, en janvier 1940.

Dépistage par un médecin qui, sur une radiographie, fait le diagnostic de « hilite et tramite bilatérale ».

La malade se repose à domicile en attendant un placement sanatorial.

A notre examen, *en avril* 1940, il s'agit d'une lobite supérieure droite largement excavée.

Quelques nodules discrets à gauche.

Après 4 mois d'évolution la lésion a progressé.

Le pneumothorax n'a pas été tenté.

Obs. 61. — Ch... René, 38 ans.

Lésion ancienne (1932) du sommet gauche.

Rechute en décembre 1939 manifestée par une hémoptysie.

Dépistage par un dispensaire de l'O. P. H. S. d'une tuberculose du sommet gauche, bacillifère.

Le malade se repose à domicile en attendant son placement en sanatorium.

A nos examens, nous trouvons :

En janvier 1940, une infiltration nodulaire sous la clavicule gauche. Accentuation de la trame à droite.

En mars 1940 des lésions ulcéro-caséeuses du lobe supérieur gauche avec grosse caverne.

Après 4 mois d'évolution le pneumothorax n'a pas été tenté. Aggravation des lésions.

Obs. 62. — Pi... Joseph, 23 ans.

Début en septembre 1939 par une hémoptysie.

Dépistage à l'armée d'une tuberculose pulmonaire pour laquelle le malade est réformé.

Le malade après sa réforme se repose à domicile en se faisant surveiller par le dispensaire de son quartier.

En juin, le malade fait une petite hémoptysie pour laquelle on ne fait pas de traitement spécial.

A notre examen, *en avril* 1940, nous trouvons :

A *gauche*, des lésions ulcéro-caséeuses avec excavation sous-claviculaire. Nodules s'étendant jusqu'à la base. Aspect flou remonté de la coupole diaphragmatique.

A *droite*, quelques mouchetures fibreuses.

En juillet, après 10 mois d'évolution, le pneumothorax n'avait jamais été conseillé au malade.

Obs. 63. — Pr... Henri, 34 ans.

Début progressif vers septembre 1939.

Dépistage à l'armée d'une tuberculose pulmonaire droite bacillifère qui entraîne la réforme du malade.

Hospitalisé, après sa réforme, jusqu'en mai 1940, il est ensuite proposé pour un placement sanatorial.

A notre examen, *en mai* 1940, nous trouvons des lésions unilatérales, ulcéro-fibreuses, du lobe supérieur droit.

Le pneumothorax n'a pas été tenté après 8 mois d'évolution.

Obs. 64. — Du... Alice, 39 ans.

Début aigu, pseudo-grippal, en mars 1939.

Dépistage par un dispensaire de l'O. P. H. S. d'une tuberculose du sommet gauche, bacillifère.

On conseille à la malade le repos à domicile avec surveillance au dispensaire.

En novembre 1939 l'expectoration est toujours bacillifère.

A notre examen, *en janvier* 1940, nous trouvons des lésions nodulaires à petits éléments répartis dans tout le lobe supérieur gauche.

Rien à droite.

Après 10 mois d'évolution le pneumothorax n'a jamais été tenté.

Obs. 65. — Fo... François, 37 ans.

Début aigu en avril 1938.

Dépistage rapide par un centre hospitalier d'une tuberculose ulcéro-caséuse de la moitié supérieure du champ gauche avec bacilloscopie positive.

Le malade est placé en Sanatorium où il est question de lui créer un pneumothorax, mais l'état général s'améliorant et les bacilles ayant disparu de l'expectoration, on temporise. Le malade sort de sanatorium en février 1940 sans que la tentative de pneumothorax ait été faite.

En juillet 1940, l'expectoration étant redevenue bacillifère un dispensaire conseille au malade l'entrée à l'hôpital pour création d'un pneumothorax.

A notre examen, *en juillet* 1940, après plus de 2 ans, le pneumothorax n'étant pas encore créé, nous trouvons : des lésions gauches importantes. Infiltration non homogène du sommet et de la région para-hilaire moyenne. Pas de lésions visibles à droite.

Obs. 66. — Au... Guillaume, 27 ans.

En 1937, lobite supérieure gauche traitée par la cure libre en Bretagne pendant 3 mois.

Rechute avec fléchissement progressif de l'état général vers mars 1940.

La cure libre est conseillée au malade.

A notre examen, *en mars* 1940, nous trouvons des lésions ulcéro-caséeuses multi-excavées de tout le champ gauche et des 4/5 supérieurs du champ droit.

Or, en 1937, le pneumothorax avait été suggéré au malade mais n'a jamais été tenté.

Actuellement on est en présence d'une tuberculose bilatérale largement excavée pour laquelle le pneumothorax n'est plus indiqué et dont le pronostic est des plus mauvais.

CINQUIEME GROUPE

Ce groupe concerne des malades qui n'ont pas répondu à la convocation lors de laquelle nous espérions préciser si le pneumothorax avait été proposé ou non, voire même réalisé postérieurement à notre dernier examen.

La plupart de ces malades étaient proposés pour un départ en Sanatorium ou bien se reposaient en cure libre.

Obs. 67. — Mme Le..., 33 ans.

En 1931, la malade a fait un séjour de 8 mois en sanatorium pour tuberculose pulmonaire gauche.

Rechute aiguë en mars 1940.

Constatation par un dispensaire d'un réveil des lésions gauches. La bacilloscopie est positive.

La malade est proposée pour une nouvelle cure sanatoriale.

A nos examens, nous trouvons :

En 1934 : bacilliose du sommet gauche d'apparence fibreuse, radiologiquement.

En avril 1940 : à gauche : lésions ulcéro-nodulaires nuageuses, peu condensantes du lobe supérieur.

Rien à droite.

Obs. 68. — Jo... Marie-Louise, 24 ans.

Dépistage fortuit en mars 1940, au cours d'un examen de contrôle, dans un dispensaire de l'O. P. H. S. où la malade est suivie, car sa mère est en sanatorium.

On découvre ainsi une tuberculose pulmonaire de la base gauche, bacillifère.

La malade se repose à domicile et part en sanatorium en mai 1940.

A notre examen, *en avril 1940*, nous trouvons un foyer de condensation de la base gauche avec ébauche d'image annulaire.

Rien ailleurs.

Obs. 69. — Ch... Marguerite, 33 ans.

Début en mars 1940, par une hémoptysie.

Dépistage par un médecin traitant.

La malade à qui on a conseillé le repos part en cure libre en Corrèze.

A notre examen, *en mai* 1940, la bacilloscopie est négative.

La radiographie montre une infiltration ulcéro-nodulaire limitée du sommet droit.

Quelques petits nodules à gauche.

Obs. 70. — Fr... Henri, 52 ans.

Début aigu, pseudo-grippal, en *février* 1940.

Ce malade est par ailleurs, suivi pour un diabète.

On se contente d'un traitement symptomatique et on ne semble pas avoir dépisté la tuberculose.

Or, à nos examens, nous trouvons :

En avril 1940 : une bacilloscopie positive.

Radiologiquement, à droite lésions ulcéro-nodulaires étendues multi-excavées dans les régions apicale et sous-claviculaire et la région para-hilaire inférieure.

Rien à gauche.

Obs. 71. — Sa... Claude, 48 ans.

Début aigu en février 1940.

Dépistage par un médecin traitant d'une tuberculose pulmonaire *non bacillifère* (un seul examen).

Après un traitement symptomatique de l'épisode aigu on conseille au malade le départ à la campagne en cure libre.

A notre examen, *en mars* 1940, nous trouvons une lobite supérieure droite, ulcéro-fibreuse.

Rien ailleurs.

Obs. 72. — Ve... Emile, 18 ans.

Début, en février 1940, par une hémoptysie.

Dépistage par un dispensaire de l'O. P. H. S. d'une tuberculose pulmonaire pour laquelle le malade est envoyé en sanatorium.

A notre examen, *en avril* 1940, nous trouvons :

A gauche, des lésions ulcéro-nodulaires du lobe supérieur du champ avec image spédonculaire probable dans le premier espace intercostal.

A droite, un petit nodule calcifié.

Obs. 73. — Du... Marcel, 46 ans.

Début en février 1940.

Dépistage par un dispensaire de l'O. P. H. S. d'une tuberculose pulmonaire droite excavée bacillifère.

Le malade veut partir en cure libre pour attendre son placement sanatorial.

A notre examen, *en mai* 1940, nous trouvons :

A droite, des lésions ulcéro-nodulaires du lobe supé-

rieur avec grosse caverne sous-claviculaire et condensation périhilaire.

Rien à gauche.

Obs. 74. — Mme Di..., 27 ans.

Début aigu, pseudo-grippal en *février* 1940.

Dépistage rapide par un dispensaire de l'O. P. H. S. d'une tuberculose pulmonaire discrète ne donnant pas de bacilles à l'homogénéisation.

Le dispensaire conseille à la malade de faire l'épreuve du repos.

La malade se repose donc chez elle d'abord, puis part en cure libre en Seine-et-Oise. Un traitement calcique est entrepris et continué pendant la même période.

Se sentant améliorée, la malade rentre en juin 1940 pour reprendre son travail.

A notre examen, le 28 *mars* 1940, nous trouvons :

A gauche, lésions discrètes de type fibro-aréolaire avec image cerclée très suspecte sous la clavicule.

A droite, semis nodulaire sous-claviculaire externe.

Obs. 75. — Mme Et..., 38 ans.

Episode ancien de tuberculose pulmonaire en 1933-1934 traité en sanatorium par la Crisalbine.

Rechute en *février* 1940.

Dépistage par un centre hospitalier d'une tuberculose pulmonaire « étiquetée bilatérale » bacillifère.

La malade est mise au repos en attendant son départ en sanatorium.

A notre examen, en *mars* 1940, nous trouvons des lésions ulcéro-nodulaires du sommet gauche avec petite perte de substance sous-claviculaire. Aucune lésion actuelle du poumon droit.

Obs. 76. — Le... Bernadette, 26 ans.

Début aigu pseudo-grippal en janvier 1940.

Dépistage par un médecin traitant d'une tuberculose pulmonaire bacillifère.

Le placement sanatorial est conseillé à ce malade, qui se repose à domicile en attendant.

A notre examen, en *février* 1940, nous trouvons une petite cavité du sommet gauche.

Rien ailleurs.

Obs. 77. — Gu... Robert, 33 ans.

Début en janvier 1940, par une hémoptysie.

Dépistage par un dispensaire de l'O. P. H. S. d'une tuberculose pulmonaire droite bacillifère.

On propose au malade le placement en sanatorium.

A notre examen, en *février* 1940, nous trouvons :

Une lobite ulcéro-caséeuse supérieure droit avec grosse caverne en regard des troisième et quatrième espaces intercostaux. Empâtement notable du pinceau bronchique. Pas de lésion à gauche.

Obs. 78. — Ri... Suzanne, 34 ans.

Début progressif vers janvier 1940 par une déficience de l'état général.

La malade est mise au repos à domicile par son médecin traitant et c'est seulement en avril 1940 qu'une tuberculose bacillifère du sommet droit est décelée par un dispensaire de l'O. P. H. S.

La malade se repose à domicile.

Au début de mai, elle part en sanatorium.

A notre examen, en *avril* 1940, nous trouvons des lésions ulcéro-nodulaires sous-claviculaires droites avec grosse spéléonque. Sinus comblé.

Rien à gauche.

Obs. 79. — Fe... Christiane, 20 ans.

Début aigu vers janvier 1940.

Dépistage rapide par un dispensaire de l'O. P. H. S. d'une tuberculose du sommet droit, bacillifère.

La malade se repose à domicile, attendant son départ en sanatorium.

A notre examen, *en mars* 1940, ce départ n'est pas encore en vue, nous trouvons des lésions ulcéro-nodulaires fines nettement limitées au lobe supérieur droit.

Obs. 80. — Le To... Raymond, 31 ans.

Début en décembre 1939.

Dépistage à l'armée d'une tuberculose pulmonaire bacillifère pour laquelle le malade est réformé.

Il est ensuite hospitalisé et envoyé en sanatorium en avril 1940.

A notre examen, en *avril* 1940, nous trouvons :

Une infiltration sous-claviculaire gauche non homogène. Le reste des champs pulmonaires est normal.

En mai, après un délai de 5 mois, le pneumothorax n'avait pas été réalisé.

Obs. 81. — Do... Simone, 29 ans

Début, par une pleurésie, en décembre 1939.

Dépistage par un médecin spécialiste d'une cortico-pleurite de la base gauche avec lésions apicales droites. La recherche des bacilles dans l'expectoration est impossible car la malade ne crache pas.

La malade se met au repos à domicile sous la surveillance d'un dispensaire en attendant son départ en cure sanatoriale.

A notre examen, en *février* 1940, nous trouvons des lésions ulcéro-nodulaires du lobe supérieur droit avec caverne en regard du troisième espace intercostal.

A gauche, nombreux tractus intercleido-hilaires sans lésions apparemment actives.

Obs. 82. — Fo... Jean-Baptiste, 29 ans.

Début en décembre 1939, par une hémoptysie.

Dépistage rapide par un médecin d'une tuberculose pulmonaire bacillifère.

La surveillance du malade est confiée à un dispensaire qui fait une proposition de placement en sanatorium pour 6 mois.

A notre examen, en janvier 1940, nous trouvons :

Des lésions multi-nodulaires floues dans la moitié supérieure du champ gauche.

Rien ailleurs.

Obs. 83. — Bu... Suzanne, 26 ans.

Début progressif vers décembre 1939.

Dépistage par un dispensaire de l'O. P. H. S. d'une tuberculose pulmonaire bacillifère.

La malade se repose à domicile en attendant son placement sanatorial.

A notre examen, en *janvier* 1940, nous trouvons :

Cliniquement une légère dysphonie.

Radiologiquement un foyer parahilaire à droite avec prolongement scissural et excavation centrale.

Rien à gauche.

Obs. 84. — La... Raymond, 25 ans.

Début aigu vers décembre 1939.

Dépistage rapide à l'Armée, d'une tuberculose pulmonaire bacillifère pour laquelle le malade est réformé.

Le malade, suivi par un dispensaire se repose à domicile en attendant son départ en sanatorium.

A notre examen, en *février* 1940, nous trouvons :

A *gauche*, ensemencement de nodules flous assez serrés dans la région périhilaire supérieure du champ.

Rien à droite.

Obs. 85. — Ko... Pierre, 18 ans.

Début progressif vers *décembre* 1939.

Dépistage par un dispensaire de l'O. P. H. S. d'une lobite supérieure droite. La bacilloscopie est positive *dans les selles*.

Le malade se repose à domicile en attendant un placement sanatorial.

A notre examen en *février* 1940 nous trouvons une lobite supérieure droite caséuse avec perte de substance en regard de la quatrième côte.

Obs. 86. — Go... André, 40 ans.

Début progressif vers *septembre* 1939.

Dépistage à l'armée d'une tuberculose pulmonaire bacillifère pour laquelle le malade est réformé.

Après sa réforme il se repose à domicile puis reprend son travail.

En mars 1940 il fait une hémoptysie qui le décide à demander son placement en sanatorium.

A notre examen, en *mars* 1940, nous trouvons :

A droite, une condensation discrète de la région sous-claviculaire externe et apicale dans laquelle se trouve une image claire à contours émoussés.

A gauche, sinus pleural émoussé.

SIXIEME GROUPE

Dans les cas de ce groupe, nous avons pu apprendre que le pneumothorax, considéré comme indiqué lors de notre dernier examen, a fini par être effectivement réalisé.

Obs. 87. — Na... Gabino, 48 ans.

Début progressif vers mars 1940.

Dépistage par un dispensaire d'une tuberculose à prédominance droite, bacillifère.

Le malade se repose à domicile en attendant son placement sanatorial.

Le 27 avril il fait une hémoptysie et se fait hospitaliser.

A notre examen, en *mai* 1940, nous trouvons une infiltration ulcéro-caséreuse de la presque totalité du champ droit. Quelques taches discrètes à gauche.

Nous venons d'apprendre qu'un pneumothorax a été créé à ce malade, en juin 1940, au cours de son séjour hospitalier (délai 4 mois).

Obs. 88. — Na... Marie-Louise, 26 ans.

Début en mars 1940 par une hémoptysie.

Dépistage par le médecin traitant d'une tuberculose pulmonaire droite bacillifère. La malade part en cure libre dans une station climatique où elle se fait surveiller par le médecin d'un sanatorium voisin.

A notre examen, en *avril* 1940, nous trouvons des lésions ulcéro-nodulaires du lobe supérieur droit. Rien à gauche.

Nous apprenons qu'en juin 1940 un pneumothorax allait être créé à la malade (délai 4 mois).

Obs. 89. — Mo... Suzanne, 34 ans.

Début aigu en janvier 1940.

Dépistage rapide par un médecin traitant d'une tuberculose pulmonaire gauche, bacillifère.

On conseille à la malade le repos à la campagne.

Elle part en cure libre dans la Vienne où elle est surveillée par un sanatorium voisin.

A notre examen, en *février* 1940, nous trouvons une tuberculose excavée du champ pulmonaire gauche. Rien à droite.

Nous apprenons récemment, qu'en mars 1940, un pneumothorax a été créé (délai 2 mois 1/2).

Obs. 90. — Bo... Lucienne, 37 ans.

Début progressif vers Janvier 1940.

Dépistage par un centre hospitalier d'une tuberculose pulmonaire gauche, bacillifère.

La malade part pendant 2 mois en cure libre pour attendre son placement sanatorial.

Elle est admise en sanatorium en mars 1940.

A notre examen, en *mars* 1940, nous trouvons des lésions ulcéro-caséusees du lobe supérieur du champ gauche avec caverne parahilaire.

Rien à droite.

Nous apprenons qu'un pneumothorax a été créé après l'entrée de la malade en sanatorium fin avril et qu'on envisage en mai 1940 une pleuroscopie pour section de brides (délai 4 mois).

Obs. 91. — Pa... Paul, 40 ans.

Début en novembre 1939 par une hémoptysie.

Dépistage à l'armée d'une tuberculose pulmonaire bacillifère pour laquelle le malade est réformé.

En janvier 1940 le malade hospitalisé, *refuse* le pneumothorax.

Proposé pour une cure sanatoriale le malade y est envoyé en avril pour 6 mois.

A notre examen, en mai 1940, nous trouvons :

A *gauche*, ensemencement nodulaire de la quasi-tota-

lité du champ avec spélonque sous-claviculaire. Pas de lésions à droite.

Nous apprenons qu'en mai 1940, 6 mois après le début de la maladie, un pneumothorax a été créé au malade.

Obs. 92. — Ta... Eugène, 56 ans.

Début progressif vers novembre 1939.

Dépistage par un dispensaire de l'O. P. H. S. d'une tuberculose pulmonaire droite, bacillifère.

En attendant son placement en sanatorium, le malade se repose à domicile.

A notre examen, en *février* 1940, nous trouvons : un semis de nodules fins dans le lobe supérieur droit avec spélonque en regard du cinquième espace intercostal.

Rien à gauche.

Nous apprenons qu'en avril 1940 un pneumothorax a été créé chez ce malade dans un centre hospitalier. Ce pneumothorax semble inefficace. Il y a symphise complète en regard des lésions. (Pneumothorax créé après un délai de 6 mois).

Obs. 93. — Du... Robert, 36 ans.

Début en octobre 1939 par une hémoptysie.

Dépistage à l'armée d'une tuberculose pulmonaire droite pour laquelle le malade est réformé.

Le malade se met au repos à domicile et se décide à

entrer à l'hôpital en avril 1940 sur le conseil de son médecin.

A notre examen, en *Avril* 1940, nous trouvons : à droite, des lésions ulcéro-caséeuses du lobe supérieur avec grosse caverne. Sinus émoussé. Rien à gauche.

Nous apprenons qu'un pneumothorax a été créé au cours du séjour hospitalier (délai 6 mois).

Obs. 94. — Co... Henri, 29 ans.

Début progressif vers Octobre 1939.

Dépistage dans un centre hospitalier d'une tuberculose pulmonaire du sommet gauche.

Les bacilloscopies restent négatives.

Le malade, rapidement amélioré, tient à reprendre son travail en Janvier 1940, mais il est obligé de l'interrompre au bout de quinze jours pour se mettre au repos.

En Avril 1940, il se fait à nouveau hospitaliser.

On trouve alors des bacilles dans l'expectoration.

A notre examen, en février 1940, nous trouvons :

A gauche : des lésions ulcéro-nodulaires de l'apex et de la région sous-claviculaire avec contour suspect dans la région sous-claviculaire externe. Rien ailleurs.

Nous apprenons qu'en avril 1940 (6 mois après le début) un pneumothorax a été institué au cours de l'hospitalisation du malade. Une section de bride est actuellement envisagée.

Obs. 95. — Pi... Laurent, 48 ans.

Début en Janvier 1939 par une hémoptysie.

Dépistage par un centre hospitalier d'une tuberculose pulmonaire bacillifère.

Rechute en Mars 1940, alors que le malade avait repris son travail depuis 8 mois. Nouvelle hémoptysie. Hospitalisé à nouveau, le malade sort au bout de 15 jours et se met au repos à domicile.

A nos examens, nous trouvons :

En Février 1939 : une infiltration de la moitié supérieure du champ droit. Accentuation de la trame à gauche.

En Avril 1940, à droite, aggravation des lésions ulcéro-caséuses des deux tiers supérieurs du champ. Apparition d'une grosse caverne rétro-claviculaire. Rien à gauche.

Nous apprenons qu'en *Juin* 1940, le malade a dû à nouveau se faire hospitaliser. C'est alors seulement que, pour la première fois après 17 mois d'évolution, fut faite la première tentative de pneumothorax. Le décollement tenté à deux reprises, n'a pu être obtenu.

FREQUENCE RELATIVE DES PNEUMOTHORAX INDIQUES ET NON REALISES

Nous avons essayé d'établir tout d'abord la fréquence des pneumothorax indiqués et non réalisés par rapport aux pneumothorax réalisés durant la même période et sur le même lot de malades.

Si nous isolons les observations où l'indication du pneumothorax a surgi entre Décembre 1939 et Mai 1940, nous trouvons 55 cas de pneumothorax indiqués et non tentés.

Nous avons pu dénombrer d'autre part, sur le même lot de malades, les pneumothorax qui durant cette période se sont trouvés indiqués et institués. Ils ont été au nombre de 120.

Ces deux chiffres étant comparables, on peut dire que au cours des 6 premiers mois de la maladie, *près d'un tiers* des pneumothorax qui devaient être créés sans délai ne le sont pas en pratique.



Cette partie de l'enquête se limitant à des tuberculeux datant de moins de 6 mois, il n'est pas impossible qu'une part des pneumothorax qui n'ont pas encore été réalisés pendant cette période, le soient plus tard. Il en sera résulté, à tout le moins, un retard injustifié. Par surcroît, une bilatéralisation ou une symphise de la plèvre développée entre temps pourra interdire le pneumothorax trop retardé.

Ces faits, puisés dans la pratique courante, paraîtront très décevants à tous ceux qui consacrent leur temps et leurs efforts à propager la doctrine du pneumothorax précoce. Il nous faut cependant reconnaître que la période de guerre où ont été recueillies ces observations, n'était guère favorable à l'application de cette doctrine. Mais, cette réserve formulée, il nous semble qu'on peut quand même tirer de l'analyse des cas réunis des renseignements utiles sur les causes ou les prétextes qui font renoncer à des pneumothorax cependant nécessaires.

ANALYSE DES FACTEURS QUI ONT ENTRAVÉ LA REALISATION DU PNEUMOTHORAX

Si nous défalquons les 20 observations où les renseignements sont insuffisants et les 9 observations où le

pneumothorax fut finalement créé, il nous reste 66 cas où l'on peut établir la raison qui a entravé l'institution du pneumothorax.

**

Dans 14 cas sur 66, c'est le malade seul qui, par son refus délibéré, se prive lui-même du pneumothorax, seule thérapeutique rationnelle.

Le pneumothorax garde à ses yeux le caractère d'une intervention mystérieuse et redoutable. S'il n'est pas proposé avec toute l'autorité et la persuasion nécessaires, il est refusé et il n'existe aucun moyen de faire pression sur le malade. Le procédé qui nous a paru résoudre le mieux cette question de l'acceptation du pneumothorax par le malade est, peut-être, celui dont la routine s'est établie dans le service de notre Maître LÉON-KINDBERG. L'indication posée par la consultation externe, le malade est hospitalisé. Le lendemain de son entrée, après qu'il s'est familiarisé avec ses voisins porteurs de pneumothorax, on dispose tout pour que la première insufflation puisse être faite « au passage de la visite » avec le minimum d'apparat, comme on fait une simple « piqure ». Il est rare que dans ces conditions le malade se dérobe et qu'on ne vienne pas à bout de ses objections.

**

Dans certains cas (7 sur 66), sans refuser expressément le pneumothorax, le malade a évolué de telle manière entre les hôpitaux, la cure libre, les cures sanatoriales volontairement écourtées, que nul traitement rationnel n'a pu être proposé ni entrepris. Si on ajoute que, de tous les conseils qu'il reçoit, ce type de malade ne veut suivre que celui qui lui épargnera le pneumothorax, on comprend que ces malades indisciplinés « migrants » ne puissent bénéficier de la colapsothérapie.

*
**

Plus d'intérêt s'attache, au point de vue médical, *aux cas où une contre-indication quelconque a été indûment retenue et invoquée pour renoncer ou surseoir au pneumothorax.*

Certes, il ne nous est pas possible de pénétrer dans leur intimité les raisons qui ont entraîné l'esprit du médecin dans un sens hostile au pneumothorax. C'est à travers ce qui nous a été dit par le malade, à travers les raisons qui lui ont été données ou les circonstances consignées dans l'observation que nous pouvons seulement juger.

Dans 10 cas, *on a invoqué, pour s'abstenir, l'absence de bacilles dans l'expectoration* ou parfois même le seul fait qu'ils étaient présents mais par intermittence seulement. Loin de nous l'idée de nier l'import-

tance de la présence des bacilles, pour la détermination à prendre. Mais encore faut-il, pour affirmer l'absence de bacilles, des examens, non seulement approfondis (homogénéisations ou inoculations), mais encore répétés. Or, nous voyons souvent affirmer l'absence de bacilles sur des examens très sommaires, peu nombreux, alors qu'il existe des lésions parfaitement évolutives de par leur seul aspect radiologique. Lésions comportant des cavernes, lésions nettement étendues ou remaniées d'un film à l'autre (obs. 24, 25, 27, 30, etc...).

Dans 8 cas, *ce sont des lésions contro-latérales négligeables qui ont été considérées à tort comme un obstacle à la collapsothérapie*. Parfois même nous n'avons pas retrouvé trace, sur nos films, des lésions contro-latérales décrites dans certains comptes-rendus (obs. 34, 75). Ceux-ci retiennent souvent comme une anomalie pathologique « un simple étalement des ombres hilaires, une accentuation de la trame ». Dans certains cas, l'hésitation peut apparaître légitime car il existe réellement des lésions du côté opposé. Mais, ici encore, ces lésions nous apparaissent comme insignifiantes, réduites à quelques mouchetures ou marbrures fibreuses, voire même à des nodules calcifiés. Ailleurs il s'agit de lésions nodulaires mais nullement évolutives comme en témoigne l'absence de signes d'auscultation, la fixité sur des clichés successifs. Dans

ces conditions, ce n'est nullement une hardiesse physiologique que de poser l'indication de pneumothorax.

Une mention particulière doit être faite des cas comme ceux des observations 36 et 44 où les lésions étant réellement bilatérales au début, l'indication du pneumothorax est apparue au cours d'évolution par nettoyage des lésions d'un seul côté.

Enfin, il nous reste à étudier les cas où l'*antécédent d'une pleurésie a fait juger inutile toute tentative de pneumothorax*. C'est une notion encore trop répandue que l'existence d'une pleurésie antérieure voue à l'échec toute tentative de pneumothorax. Or on sait, comme l'a démontré M. AMEUILLE, qu'il n'existe aucun signe sûr de symphise et que le seul moyen de savoir si le pneumothorax est impossible, c'est de le tenter.

Encore dans les deux cas que nous avons retenus, la pleurésie antérieure était-elle incertaine, non vérifiée par ponction n'ayant laissé, en tout cas, que des traces radiologiques infimes.



Reste un dernier groupe de cas, au nombre de 18 (sur 66), où aucune raison médicale ne pouvait, même en apparence, contre-indiquer la collapsothérapie.

Il y a été renoncé simplement, sur la foi qu'une thérapeutique autre suffirait à guérir les lésions.

Cette thérapeutique c'est parfois un traitement

médicamenteux (chimique ou biologique) associé ou non au repos. C'est généralement la calcithérapie, l'aurothérapie. Ce sont parfois des thérapeutiques plus discutées encore comme l'Allergine, quand ce ne sont pas des traitements proprement charlatanesques.

— Quant à la cure hygiéno-climatique, qu'elle soit conduite en cure libre ou en sanatorium, elle devait, pour les cas que nous avons volontairement choisis comme des indications « sans délai. » du pneumothorax, être associée à cette thérapeutique et non pas lui être substituée. Qu'il nous suffise, à ce sujet, de citer la conclusion de M. RIST : « Que, le pneumothorax étant réalisable, il soit légitime de donner à la simple cure sa chance... c'est ce que, après l'avoir cru, j'ai, instruit par l'expérience, cessé de croire depuis longtemps... » Dans le cadre qui nous occupe, la majorité des cas concerne des lésions suffisamment graves et étendues pour que l'espoir d'une régression sous l'influence de la simple cure hygiéno-climatique ne puisse être réellement escompté.

Dans certains de nos cas, le pneumothorax a bien été envisagé, mais il a été remis jusqu'à l'entrée du malade au Sanatorium. Il en est résulté, étant donné la lenteur fatale de l'admission dans des établissements encombrés, un retard préjudiciable dans la création du pneumothorax (obs. 17, 51, 57, 59 etc...).

Bien plus, le malade une fois entré au sanatorium

il arrive fréquemment qu'une amélioration de l'état général et des signes fonctionnels fasse surseoir encore au pneumothorax. Or, nous trouvons dans ces cas des lésions radiologiques qui ne se sont nullement améliorées en proportion de l'état général (obs. 65).

*
**

Nous avons quand même rapporté les 20 observations dans lesquelles le malade n'ayant pas répondu à notre convocation nous n'avons pu préciser le pourquoi de l'abstention collapsothérapique. Nous pouvons dire que dans ces 20 cas, un pneumothorax qui était indiqué sans délai n'était pas réalisé après un temps moyen de 3 mois.

De même, dans les 9 observations où nous avons appris, après la clôture de notre enquête, qu'un pneumothorax avait fini par être créé, le retard moyen apporté au traitement a été de cinq mois et demi.

Il est inutile d'insister sur l'importance de ce temps perdu, tant pour le malade, dont la guérison et la récupération sociale seront retardées d'autant, que pour la société, la période de contagiosité ayant été bien plus longue qu'elle n'eût été avec un pneumothorax précoce.

*
**

Tels sont les faits qui se dégagent de notre enquête. Il suffit de les analyser pour entrevoir les moyens d'y remédier. C'est tout d'abord répandre chez les médecins praticiens la doctrine, presque unanimement admise dans les milieux phtisiologiques, de la collapsothérapie précoce. C'est ensuite instruire les malades, leur consacrer pour les persuader tout le temps et la patience nécessaires, puisqu'il n'existe pas encore de législation obligeant le tuberculeux à se soumettre à un traitement logique.

CONCLUSIONS

Nous disposons pour le traitement de la tuberculose d'une arme d'une incontestable valeur, le pneumothorax thérapeutique. L'efficacité de ce traitement lorsqu'il est appliqué précocement n'est plus à démontrer.

Par contre, il est aisé de s'apercevoir que, dans la pratique courante, cette arme n'est pas utilisée aussi souvent qu'elle devrait l'être.

Utilisant les observations de tuberculeux « tout venant » se présentant à un contrôle médical, nous avons pu mettre en évidence le fait que près d'un tiers des pneumothorax qui sont manifestement indiqués et qui devraient être créés sans délai, ne le sont pas en pratique.

Analysant les raisons de cet état de fait à travers 95 observations, nous essayons de mettre en évidence les causes ou les prétextes qui privent les malades du seul traitement rationnel.

Une fois sur quatre environ, c'est au malade, insuffisamment éduqué, que revient la responsabilité de refuser ce traitement.

Dans plus d'un *quart* des cas analysés, on admet à tort, comme une contre-indication, soit l'absence de bacilles trop sommairement recherchés, soit des lésions controlatérales en réalité négligeables, soit l'antécédent d'une pleurésie, souvent incertaine.

Dans 40 % des cas, le pneumothorax n'a pas été réalisé et on s'est borné à prescrire la simple cure hygiéno-climatique ou un traitement médicamenteux avec l'espoir d'une guérison qui, à un esprit averti, devait apparaître comme improbable, sinon impossible.

Enfin dans les cas où les renseignements étaient insuffisants, nous pouvons constater cependant qu'après une durée moyenne de 3 mois, un pneumothorax, indiqué sans délai, n'était pas encore réalisé.

Il y a donc une marge encore trop considérable entre l'idéal de la collapsothérapie précoce et sa réalisation effective dans la pratique médicale courante.

C'est en dégagant les causes de cette discordance qu'on peut espérer y remédier.

